Aus der II. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin-Schöneberg. (Dirig. Arzt: Prof. Dr. F. Glaser.)

Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom hämolytischen Ikterus

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Hermann Schellitzer

approb. Arzt.

BIBLIOTHEK

Tag der Promotion: 1. November 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

07

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Killian.**
Referent: Prof. Dr. **His**

Es werden zwei Formen des hämolytischen Ikterus unterschieden:

1. Die familiär-hereditäre Form (Typus Minkowski).
2. Die erworbene Form (Typus Hayem).

Beide Formen ähneln in ihrem klinischen und anatomischen Bilde. Die klinisch wichtigsten Symptome sind: Chronischer Ikterus, Anaemie, fehlende Bilirubinurie, dafür Urobilinurie, nicht entfärbter Stuhlgang, starker Milztumor, Milzkrisen, morphologische Veränderungen des Blutbildes im Sinne regenerativer und degenerativer Prozesse, Herabsetzung der Resistenz der Erythrozyten gegenüber NaCl-Lösung, sowie fremden oder eigenem Blutserum.

Pathologisch-anatomisch ist das Leiden charakterisiert durch enormen Blutreichtum des Milzparenchyms, Veränderungen der Gefäße der Milz, die zu abnormen Zirkulationsveränderungen führen, Eisenreichtum der Milz und Mangel an Fibroadenie, ferner durch das Fehlen jeglicher cirrhotischen Veränderungen der Leber, Vergrößerung, Vermehrung und Eisenreichtum der Kupfferschen Sternzellen, Erweiterung der Gallenkapillaren und häufigem Vorkommen von Gallenkapillarthromben.

Die Unterscheidung, ob es sich um die familiär-hereditäre, oder die erworbene Form des hämolytischen Ikterus handelt, ist im Einzelfalle sehr schwierig. Gehäuftes Vorkommen der Erkrankung in einer Familie, sowie gleichbleibender Verlauf ohne zeitlich erhebliche Schwankungen des subjektiven, wie objektiven Befindens spricht für die congenitale Form, die prognostisch günstiger, als die erworbene Form ist.

Bezüglich der Pathogenese des Leidens gehen die Ansichten auseinander. Die einen nehmen eine angeborene Minderwertigkeit der Erythrocyten an, die in gehäuftem Maße und vorzeitig zerfallen; die anderen glauben die krankhaften Vorgänge im Blute auf Schädigungen und Anomalien von Organen, in erster Linie der Milz, beziehen zu können, die zu einer über das physiologische Maß hinausgehenden hämolytischen Funktion der Milz führen. Bei der erworbenen Form wird zwischen einer essentiellen, bei der eine unmittelbare Krankheitsursache nicht zu finden ist und einer sekundären Form, bei der Ikterus im Gefolge einer Krankheit auftritt, unterschieden. Der Begriff „sekundär aquirierter" hämolytischer Ikterus scheint bei der bestehenden Unklarheit über das aetiologische Moment beim Zustandekommen des erworbenen hämolytischen Ikterus unangebracht. Es ist zweckmäßigerweise an der kryptogenetischen Entstehung des erworbenen hämolyti- Ikterus festzuhalten.

Als differentialdiagnostisch wichtigstes Merkmal wird die herabgesetzte Resistenz der roten Blutkörperchen als eindeutiges Symptom beider Formen des hämolytischen Ikterus in den Vordergrund der Symptomatologie gerückt. Alle anderen klinischen Erscheinungen von Seiten der Organe und des Blutes gestatten keine präzise Abgrenzung gegenüber anderen mit Splenomegalie, Ikterus, Anaemie, morphologischen Veränderungen des Blutes einhergehenden Krankheitsformen.

Als Erfolg versprechende Therapie beider Formen kommt allein die Milzexstirpation in Frage.

Es wird ein Fall von erworbenem hämolytischen Ikterus mitgeteilt, der auf der II. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Bln.-Schöneberg zur Beobachtung kam.

Der klinische Befund zeigte neben den sonstigen charakteristischen Symptonen bei der Resistenzbestimmung des Erythrozyten bei 0,54 % beginnende, bei 0,84 % NaCl-Lösung komplette Hämolyse. Eine gleichzeitig bestehende Spitzentuberkulose wurde bei der Beurteilung des Krankheitsbildes als Nebenbefund aufgefaßt. Ob und inwieweit sie bei der Enstehung der Krankheit mitgespielt hat, läßt sich nicht entscheiden. Die Milzexstirpation gab eine, nunmehr bereits ein Jahr bestehende völlige Wiederherstellung und Arbeitsfähigkeit des Patienten. Das Blutbild zeigt keine Abnormitäten mehr, die Resistenzbestimmung der Erythrozyten ergibt normale Werte. Es wird der makroskopische und mikroskopische Milzbefund mitgeteilt.

Lebenslauf.

Am 20. Mai 1894 wurde ich Hermann Erwin Schellitzer zu Berlin als Sohn des Justizrates Emil Schellitzer geboren. Ich besuchte das Friedrichs-Gymnasium zu Berlin, das ich Ostern 1913 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich studierte im S.-Sem. 1913 in Freiburg i. Br., im W.-Sem. 13—14 in Berlin, im S.-Sem. 14 in München Medizin. Vom 4. August 1914 bis November 1918 war ich im Heeresdienst. Gelegentlich eines Urlaubes bestand ich im Februar 1918 in Berlin die ärztliche Vorprüfung. Am 1. Dezember 1918 nahm ich in Berlin meine medizinischen Studien wieder auf, bestand am 5. März 1920 die Staatsprüfung mit dem Prädikat „gut" und wurde mit gleichem Datum als Arzt approbiert. Seit dieser Zeit bin ich als Volontär-Assistenzarzt auf der II. Inneren Abteilung des Krankenhauses Berlin-Schöneberg tätig.